

此評估是屬： 初次  覆審

保障性受款者評估

PROTECTIVE PAYEE ASSESSMENT

1. 社區服務辦事處 (CSO)	
2. 社會工作人員／個案管理員姓名	3. 電話號碼
4. 受患者姓名	
5. 受患者援助單位 ID 碼	6. 受患者個案 ID 碼

欄 I：需要保障性付款原因

請在下列適用方格上打勾。必須在個案檔內備有支持打勾項目的文件。

1. TANF/SFA (有需要家庭之臨時補助／州政府家庭補助) 親屬受款者，於 WorkFirst 活動上未具充份理由而不參與。(WAC 388-265-1300)
2. 意外事件使得親屬照顧者無法照顧他們的依親子女。(WAC 388-265-1200)
3. 不善管理金錢 (於適用方格上打勾)。
- TANF/SFA／懷孕婦女普通援助 (GA-S) 之業主為一孕婦或未成年的為人父母者 (WAC 388-265-1200) (青少年評估記錄在個案檔內)。
- TANF/SFA／就職連繫支付受患者沒有支付居家兒童照顧提供者費用 (WAC 388-290-030)
- 照顧提供者的投訴顯示有慣性不付費或租金之行為 (WAC 388-265-1250(1)(g))
- 經觀察，TANF/SFA／普通援助 (GA)／安全收入津貼 (SSI) 之業主或他們的子女均飢餓、生病、或沒有足夠衣服。(WAC 388-265-1250(11)(a))
- 重複地要求更多的金錢援助，例如「緊急附加需要」(Emergency Additional Requirements)，以應基本需要，如：食物、水電費、衣服和住屋。(WAC 388-265-1250(1)(b))
- 業主曾由於資金不足，連續多次被逼遷或被截斷水電。(WAC 388-265-1250(1)(c))
- 醫療或心理評估顯示該業主不能管理其金錢。(WAC 388-265-1250(1)(d))
- 一份為該業主而作的酗酒／吸毒評估，確定由於其酗酒或吸毒而致不能工作。(WAC 388-265-1250(1)(e))
- 其它： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ WAC 388-265-1250(3)

欄 II：業主參與

1. TANF/SFA 親屬／業主或 GA／SSI 業主不同意認為他們不善管理金錢之裁決。( )  
 是  否  
 附上支持證明文件。

<input type="checkbox"/> 2. 經審評證明文件及狀況後顯示保障受款者 <input type="checkbox"/> 是需要的 <input type="checkbox"/> 並不需要。	主管簽名及正楷姓名	日期
3. 業主簽名及正楷姓名	日期	<input type="checkbox"/> 業主無出席／不合作
4. 備註		
<input type="checkbox"/> 5. 主管已審查並同意社會工作人員／個案管理員之裁決： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	主管簽名及正楷姓名	日期

## 如何填寫及使用保障受款者評估表，DSHS 14-349A(X)

### 填寫本表

1. 當案主被認為需要一位保障受款者時，社會工作人員／個案管理員須填寫一份保障受款者評估表，DSHS 14-349A(X)。這是一個評估的程序。所有事宜均須經過審查當裁定了案主須被指派一位保障受款者時，此表必須填妥。案主仍可欄 II 中認為該指派是不需要的。

每次例行審查保障受款者狀況時，必須填寫一份評估表。

社會工作人員／WorkFirst 個案管理員：

- a. 填寫第 1 至 6 項。
  - b. 在欄 I 的適用方格上打勾。
2. 社會工作人員／WorkFirst 個案管理員與案主商討該計劃。
    - a. 如果案主不同意被指派一位保障受款者，請填妥欄 II 第 1 項。
    - b. 社會工作人員／個案管理員填好表格在表格上簽名並註明日期（第 2 項）。
    - c. 如果案主在場，案主在表格上簽名並註明日期（第 3 項）。
    - d. 如果案主不合作或不在場，社會工作人員／WorkFirst 個案管理員將在方格上打勾、在表格上註明日期、並在提供的空格上附加適用備註（第 4 項）。
  3. 社會工作人員／WorkFirst 個案管理員主管將審查該評估表。一旦同意，他們將會在該評估表上簽名及註明日期（第 5 項）。
  4. 社會工作人員／WorkFirst 個案管理員將該計劃書分發如下。
    - a. 將白色原稿存放在服務／WorkFirst 檔案內。
    - b. 將黃色副本交給／寄給案主。
    - c. 將粉紅色副本存放在財務檔案內。
    - d. 將金黃色副本交給／寄給保障受款者管理機構。

### 關於保障受款者評估表，DSHS 14-349A(X)，之案主權利與通知

#### 案主通知

如果必須被指派一位保障受款者，案主應於採取行動十(10)天之內接獲通知書。

#### 公平聽證資料

如果你不同意你被指派一位保障受款者之決定或不同意本評估，你可以要求一次公平聽證。欲申請公平聽證，請與社區服務辦事處 (CSO) 聯絡，或寫信至社會福利服務部的上訴委員會：Board of Appeals, Department of Social and Health Services, PO Box 2465, Olympia WA 98504。你必須在收到本評估表副本該日後九十天內提出聽證要求。

在聽證會上，你有權代表自己，或由律師代表，或由你所選擇的任何人作代表。如果你與法律服務辦事處聯絡，你可能可以獲得免費的法律輔導或代表。

#### 部門商議

你可以與一位財務工作人員、WorkFirst 個案管理員、社會工作人員或主管商議，以討論本通知書擬定之行動。與部門商議不但不會延誤或取代公平聽證，反而可能有助於儘早解決該問題。

#### 非歧視政策

我們對任何人士提供之方案，均不會基於其種族、膚色、性別、年齡、殘障、宗教或政治信仰、或原國籍而予以歧視。